

1893-96

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

N° 24

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
LITHIASÉ BILIAIRE
CHEZ LE VIEILLARD

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 25 juillet 1896, à 5 heures

PAR

Adrien-Alexandre STERNE

Né à Nancy le 1^{er} juin 1872

Examineurs : { MM. BERNHEIM, président.
SIMON, professeur.
ÉTIENNE, agrégé.
ZILGIEN, agrégé.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

NANCY
IMPRIMERIE NANCÉIENNE, 15, RUE DE LA PÉPINIÈRE

—
1896



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555810_0024

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
LITHIASSE BILIAIRE
CHEZ LE VIEILLARD

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 25 juillet 1896, à 5 heures

PAR

Adrien-Alexandre STERNE

Né à Nancy le 1^{er} juin 1872

Examineurs : { MM. BERNHEIM, président.
SIMON, professeur.
ÉTIENNE, agrégé.
ZILGIEU, agrégé.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

NANCY
IMPRIMERIE NANCÉIENNE, 15, RUE DE LA PÉPINIÈRE

—
1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH, I Q.

Doyen honoraire : M. TOURDES, O *, I Q.

Professeurs honoraires : MM. TOURDES O *, I Q, COZE *, I Q,

HERRGOTT *, I Q, HEJHT *, I Q, BEAUNIS *, I Q.

Clinique médicale.....	M. BERNHEIM, * I Q, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, * I Q, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I Q, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I Q, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, I Q, professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, I Q, professeur.
Chimie médicale et Toxicologie.....	M. GARNIER, I Q, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I Q, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements.	M. A. HERRGOTT, I Q, professeur.
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, I Q, professeur.
Hygiène.....	M. MACÉ, I Q, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale.....	M. SCHMITT, I Q, professeur.
Anatomie pathologique.....	M. BARABAN, I Q, professeur.
Anatomie descriptive.....	M. NICOLAS, I Q, professeur.
Physiologie.....	M. MEYER, A Q, professeur.
Pathologie générale et Pathologie interne	M. SIMON, I Q, professeur.
Histologie.....	M. PRENANT, A Q, professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, A Q, professeur.

Cours complémentaires

Clinique des maladies des yeux.....	M. ROHMER, I Q, ag. lib., ch. du cours.
Clinique des maladies des vieillards....	M. P. PARISOT, A Q, ag. l., ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, A Q, ag., ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. FÉVRIER, A Q, ag., ch. du cours.
Accouchements.....	M. SCHUHL, ag., chargé du cours.
Clinique des maladies mentales.....	M. N...

Agrégés en exercice

MM. GUÉRIN, A Q.	MM. ZILGIEN.	MM. JACQUES.
HAUSHALTER, A Q.	GUILLOZ.	LAMBERT.
FÉVRIER, A Q.	FRÖELICH.	
ETIENNE.	SCHUHL.	

Agrégés libres : MM. SCHLAGDENHAUFFEN *, I Q, ROHMER, I Q, VAUTRIN, A Q, REMY, A Q, P. PARISOT, A Q.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, ♂, A Q, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE LE DOCTEUR JULES STERNE

A MON FRÈRE ALEXANDRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNHEIM

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PIERRE PARISOT

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HAUSHALTER

INTRODUCTION

L'existence des calculs dans la vésiculaire biliaire, leur migration à travers les canaux excréteurs de la bile, se traduisent par une symptomatologie variée, et en quelque sorte spéciale à chaque individu.

Chez le vieillard ces manifestations extérieures empruntent un caractère propre à la physiologie particulière à cet âge. Chez lui il ne faut pas s'attendre à trouver cet appareil de symptômes souvent si bruyants que l'on rencontre chez les jeunes gens et chez les adultes. Tandis que chez ceux-ci les maladies se révèlent par des symptômes bien tranchés, et donnent lieu à des manifestations bien nettes qui apparaissent dès le début et qui se maintiennent pendant tout le cours de la maladie ; chez le vieillard, au contraire, la marche des phénomènes morbides est le plus souvent trompeuse et exige de la part du médecin beaucoup d'attention et de sagacité.

Cette différence dans la symptomatologie, suivant qu'on la considère chez des jeunes gens ou chez des vieillards, est des plus marquées quand il s'agit de l'affection calculeuse du foie.

Jusqu'à ce jour aucun travail d'ensemble n'a paru sur la symptomatologie de la lithiase biliaire chez le vieillard. Il pouvait donc être utile d'entreprendre quelques recherches à ce sujet. C'est ce qui a semblé

à notre maître M. le professeur agrégé Parisot, et c'est ce que sur ses conseils nous avons entrepris de faire dans notre thèse inaugurale (1).

« Un trait commun se révèle dans la plupart des écrits sur les maladies des vieillards, c'est une tendance manifeste à rattacher autant que possible les particularités, qui distinguent les maladies de l'âge sénile, aux modifications anatomiques et physiologiques que subit l'organisme par le seul fait de la vieillesse. » (Charcot.)

La réaction produite par la maladie n'est plus la même que chez l'adulte, car le terrain n'est plus le même ; en d'autres termes, le vieillard a une table de résonnance différente de celle de l'adulte.

Notre but dans ce travail est de faire une œuvre clinique ; l'exposé des symptômes souvent spéciaux de la lithiase biliaire dans l'âge sénile et son diagnostic. Telle sera la première partie de notre thèse.

Quoique peu autorisé pour semblable besogne, nous avons été nécessairement amené à des recherches au sujet de la question si controversée de la constitution de la tunique musculaire des voies biliaires chez le vieillard. Ces recherches anatomo-pathologiques formeront la seconde partie du présent ouvrage.

Ainsi que l'indique le titre de notre thèse, nous n'avons pas ici l'intention de faire une étude complète des accidents que peut causer la lithiase biliaire chez le vieillard.

Nous laisserons donc complètement de côté ceux

(1) Nous avons mis à profit au cours de ce travail les conférences faites, en 1893 et 1896 sur les coliques hépatiques chez le vieillard, à la clinique de l'hospice Saint-Julien, par M. le professeur agrégé Parisot.

qui peuvent être dus, soit à un arrêt prolongé des calculs dans les canaux biliaires, soit à leur migration hors des voies biliaires, soit à leur présence dans l'intestin ; nous ne parlerons pas non plus de leur formation.

Nous ne voyons pas la nécessité de faire un historique de la question, car après avoir parcouru la littérature médicale nous avons été étonné du petit nombre d'auteurs qui se sont occupés de ce qu'a de spécial la lithiasé biliaire chez le vieillard : et quand nous aurons cité Morgagni, Fauconneau-Dufresne, Beau, Cruveilhier, Charcot et Mas qui en disent quelques mots au cours de leurs ouvrages, nous aurons à peu près énuméré tout ce qui a été fait à ce sujet. Chemin faisant nous aurons à rappeler les opinions de ces auteurs et nous réserverons une partie de chacun de nos chapitres à l'historique de la question qui y sera traitée.

Parvenu au terme de nos études médicales, nous considérons comme un devoir agréable d'exprimer notre gratitude, pour leur enseignement, à tous nos maîtres de la Faculté de Nancy.

M. le professeur Bernheim a bien voulu accepter la présidence de notre thèse ; nous l'en remercions et le prions de vouloir bien agréer ici l'expression de notre sincère reconnaissance pour le bienveillant intérêt qu'il nous a porté pendant notre temps d'externat dans son service.

C'est à M. le professeur agrégé Parisot que nous devons le sujet de cette thèse, nous le remercions vivement des conseils qu'il ne nous a pas ménagés au cours de notre travail. Nous le remercions aussi et nous lui

serons toujours reconnaissant de tout l'intérêt qu'il nous a porté et des efforts qu'il a faits pour nous enseigner la pathologie sénile et la pathologie nerveuse pendant l'année où nous avons rempli les fonctions d'interne dans son service.

Nous avons aussi une dette de reconnaissance à acquitter envers M. le professeur agrégé Haushalter pour les bons conseils qu'il nous a toujours prodigués et la cordiale amabilité qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant l'année que nous avons passée comme interne provisoire au service des enfants.

Que M. le professeur Gross dont nous avons eu l'honneur d'être externe veuille bien agréer ici tous nos remerciements pour la bienveillance qu'il a toujours montrée envers nous.

Nous prions également M. le professeur Baraban et M. le professeur agrégé Zilgien, auprès desquels nous avons toujours trouvé un accueil sympathique, et dont les conseils nous ont été d'un si grand secours pour la partie anatomo-pathologique de notre thèse de vouloir bien croire à toute notre gratitude.

Merci à notre ami Voinot, chef des travaux d'anatomie pathologique, à notre ami Bouin, préparateur, dont les connaissances histologiques nous ont été si utiles, et à notre ami Beuvignon, externe à l'hôpital Saint-Julien.

PREMIÈRE PARTIE

PLAN

Nous diviserons cette première partie de notre travail en six chapitres, dans chacun desquels nous nous efforcerons de décrire un des types cliniques de la lithiase biliaire chez le vieillard.

Dans chacun de ces chapitres, nous intercalerons les observations y ayant trait.

CHAP. I. — De la lithiase biliaire latente.

CHAP. II. — De la colique hépatique du vieillard, semblable à celle de l'adulte, et de ses formes larvées.

CHAP. III. — De la colique hépatique à forme pulmonaire.

CHAP. IV. — De la colique hépatique à forme cardiaque.

CHAP. V. — De la colique hépatique à forme abdominale.

CHAP. VI. — De la colique hépatique à forme nerveuse.

CHAPITRE I^{er}

De la lithiase biliaire latente.

« A l'infirmerie de la Salpêtrière, on fait peu d'autopsies sans rencontrer un nombre plus ou moins grand de calculs dans la vésicule biliaire, et pourtant les coliques hépatiques sont extrêmement rares à la Salpêtrière (1). »

Les calculs biliaires sont certainement plus fréquents chez le vieillard qu'à tout autre âge de la vie. Morgagni et Fauconneau-Dufresne sur 90 cas de calculs observés trouvent le maximum entre 60 et 70 ans.

A la Salpêtrière, les trois quarts d'après Cruveilhier, d'après Charcot la moitié des vieillards ont de la lithiase biliaire.

Pour Durand-Fardel il est rare qu'on ne trouve pas de calculs aux autopsies des vieillards.

En ce qui nous concerne, sur 29 autopsies que nous avons pratiquées sur des sujets âgés de 70 à 94 ans, décédés à l'hospice Saint-Julien, onze fois nous avons trouvé de la lithiase biliaire qui, une fois seulement s'était révélée pendant la vie. De ces 29 autopsies, huit ont été pratiquées sur des femmes et nous avons trouvé chez elles 4 fois la lithiase biliaire.

Quoique notre statistique soit trop peu importante pour en tirer des conclusions, elle est cependant

(1) Beau. — *Étude sur l'appareil spléno-hépatique du vieillard.*

d'accord avec toutes les statistiques pour nous montrer chez le vieillard comme chez l'adulte une plus grande prédisposition à l'affection calculeuse du foie chez la femme que chez l'homme.

Voici, d'ailleurs, en résumé, ce que nous a montré l'examen des voies biliaires chez nos onze calculeux :

1^o M^{me} C. . . , 71 ans. Un calcul de la forme et de grosseur d'une noix dans la vésicule ; les canaux cholédoque et hépatique ont un diamètre de 9 millimètres, le canal cystique un diamètre de 3 millimètres.

2^o Chez une femme de 73 ans, un gros calcul enchatonné dans la vésicule biliaire.

3^o Chez une femme de 84 ans, nous avons trouvé 127 calculs dans la vésicule et un nettement engagé dans le canal cystique. Ces calculs avaient tous la forme de cube et à peu près la grosseur d'un pois. Les diamètres des canaux biliaires étaient : canal cystique, 3 millimètres ; canal cholédoque, 9 millimètres ; canal hépatique, 7 millimètres.

4^o Chez une femme de 76 ans, la veuve P. . . , dont l'observation est rapportée tout au long dans la suite de notre travail, nous avons trouvé 3 calculs. Deux étaient dans la vésicule, l'un de la taille d'une noix arrondie, l'autre de la grosseur d'un pois, irrégulier, taillé à facettes et ayant marqué le plus gros de son empreinte. Un troisième petit calcul se trouvait à la jonction des canaux cystique et cholédoque.

Cette malade fut la seule dont les calculs se révélèrent pendant la vie.

Diamètre des voies biliaires : Canal cystique, 2 millimètres ; canaux cholédoque et hépatique, 15 millimètres.

5° Chez un homme de 72 ans, un gros calcul dans la vésicule. Diamètre des canaux biliaires : canal cystique, 3 millimètres ; canal hépatique, 6 millimètres, et canal cholédoque, 7 millimètres.

6° Chez trois hommes de 73, 76 et 77 ans, nous avons également trouvé chez chacun un gros calcul dans la vésicule biliaire. Le diamètre moyen de leurs canaux cystiques était de 3 millimètres et demi et celui de leurs canaux hépatique et cholédoque était de 7 millimètres.

7° Chez un homme de 74 ans, quatre petits calculs dans la vésicule, ces calculs étaient irréguliers et de la taille d'un pois. Les diamètres des voies biliaires étaient : canal cystique, 4 millimètres ; canaux cholédoque et hépatique, 7 millimètres.

8° Chez deux hommes, l'un de 79, l'autre de 83 ans, nous avons trouvé : chez l'un trois, chez l'autre quatre calculs irréguliers de la grosseur d'une noisette. Chez les deux sujets les diamètres des canaux biliaires étaient : canal cystique, 3 millimètres et demi ; canaux cholédoque et hépatique, 6 millimètres et demi.

(Nous ne citons ici que les autopsies de l'année scolaire 1895-96, où on a recherché méthodiquement les calculs biliaires.)

Si l'on parcourt les registres des autopsies de la Salpêtrière, on se rend très bien compte de la fréquence de la lithiase biliaire chez le vieillard ; et, c'est certainement être d'une opinion modérée et plutôt en dessous de la vérité que de prétendre que le tiers des autopsies de vieillards révèlent la présence de calculs dans la vésicule ou dans les canaux biliaires.

Eh bien, la colique hépatique sous une forme

quelconque est-elle fréquente chez le vieillard ? Non, elle l'est bien moins que chez l'adulte ; et, l'on s'en rendra compte si l'on consulte la statistique suivante établie sur 109 cas de coliques hépatiques, qui est due à Sénac et reproduite par Mossé, dans sa thèse d'agrégation.

Nous divisons pour plus de clarté cette statistique en 4 périodes de 20 ans :

De 5 à 15 ans.....	3 cas.
De 15 à 20 ans.....	4 —
De 20 à 25 ans.....	9 —
Total de 5 à 25 ans....	16 cas.
De 25 à 30 ans	19 cas.
De 30 à 35 ans	14 —
De 35 à 40 ans	14 —
De 40 à 45 ans.....	10 —
Total de 25 à 45 ans...	57 cas.
De 45 à 50 ans.....	9 cas.
De 50 à 55 ans.....	6 —
De 55 à 60 ans	5 —
De 60 à 65 ans.....	4 —
Total de 45 à 65 ans...	34 cas.
De 65 à 85 ans.....	2 cas.

Si l'on consulte les statistiques de Fauconneau-Dufresne, Walter, Willemin, on voit qu'elles sont absolument analogues à celle de Sénac.

L'époque d'apparition des coliques hépatiques a donc son maximum de fréquence de 35 à 45 ans, elles ne se montrent plus que rarement après 65 ans si

elles ne se sont montrées avant. Cependant, il est juste d'ajouter que : « le vieux calculeux, déjà sujet avant la vieillesse aux crises de coliques hépatiques, éprouve encore fréquemment des accidents, à un âge avancé. » (Mossé, th. d'Ag.)

En résumé, l'on peut dire qu'à partir de 25 ans jusqu'à 80 ans la fréquence de la lithiase est directement proportionnelle à l'âge et que la fréquence de la colique hépatique, au contraire, lui est inversement proportionnelle.

Pourquoi cette rareté relative de la colique hépatique chez le vieillard ?

On a prétendu que cette rareté était due au volume des calculs qui les empêchait de passer de la vésicule dans les canaux biliaires. Si cette proposition est quelquefois vraie, elle ne l'est pas toujours et, sans aller plus loin, on n'a qu'à jeter un coup d'œil sur le petit tableau des autopsies pratiquées sur des calculeux à l'hôpital Saint-Julien pendant que nous y remplissions les fonctions d'interne, et l'on y remarquera, que non-seulement il arrive que des calculs soient d'assez faible volume pour passer dans les canaux biliaires, mais encore qu'il leur arrive même d'y passer sans qu'ils se révèlent par aucun symptôme.

Cette rareté aurait-elle pour cause, comme le prétendent certains auteurs, l'absence de fibres musculaires lisses dans les parois des canaux biliaires du vieillard ?

Cette absence de fibres lisses, en supprimant le spasme des canaux provoqué par la présence du calcul, supprimerait en même temps la colique hépatique. Mais ainsi qu'on le verra dans la seconde partie

de cette thèse, les fibres musculaires existent dans les canaux biliaires du vieillard ; elles existent, il est vrai, en moins grand nombre que chez l'adulte, ce qui peut donner une atténuation de la colique.

Serait-ce l'augmentation du diamètre des canaux biliaires qui permettrait le passage des calculs de faible dimension sans symptômes appréciables ?

Peut-être doit-on faire entrer cette condition anatomique en ligne de compte ; nous savons cependant que l'intensité de la colique hépatique n'est pas en raison directe de la grosseur du calcul. Ne voit-on pas journellement le sable biliaire comme le sable urinaire donner lieu à des coliques intenses ?

Une dernière hypothèse. Les nerfs du vieillard, a-t-on dit, transmettent mal les impressions, les terminaisons nerveuses ne sont pas impressionnées.

Mais s'il en était ainsi, si l'on devait chercher dans les lésions des nerfs une cause de la non production de la colique hépatique, ces réflexes si fréquents du côté du cœur et surtout du poumon, comme nous le verrons dans la suite de notre travail, ces réflexes existeraient-ils avec des nerfs qui pour une raison quelconque ne seraient pas bons conducteurs ?

Quoi qu'il en soit, pour expliquer la lithiase biliaire latente (et une partie de cette explication s'appliquera aussi bien aux formes atténuées de la colique hépatique chez le vieillard), il faut tenir compte et de la taille des calculs qui souvent les empêche de passer de la vésicule dans les canaux biliaires, et des modifications dans la texture des canaux et dans leur diamètre, mais il faut surtout se souvenir des conditions individuelles dans lesquelles se trouvent nos malades

qui sont tous des vieillards. Or le vieillard est un être usé, affaibli, ne réagissant que fort peu.

Ne voyons-nous pas fréquemment dans les hôpitaux de vieillards des malades se promener de longs jours avec une pneumonie, sans en être autrement incommodés ; puis ces vieillards se plaignant d'un peu d'essoufflement ou d'une légère douleur dans le côté, le médecin s'aperçoit avec surprise de leur affection en les examinant.

La vieillesse par elle-même est donc, selon nous, la principale cause de la lithiase biliaire latente et nous ne pouvons mieux faire à ce sujet que de citer la phrase bien connue de Charcot : « Nous aurons à remarquer, entre autres choses, que ces changements de texture que la vieillesse imprime à l'organisme, s'accusent quelquefois à un tel degré que l'état physiologique et l'état pathologique semblent se confondre par une transition insensible et ne peuvent plus être distingués. »

Ne pourrait-on pas aussi placer parmi les causes de la lithiase biliaire le caractère souvent si spécial de la colique hépatique chez le vieillard, qui fait qu'elle n'est pas toujours diagnostiquée, surtout lorsque sa physionomie clinique est faite des symptômes que nous décrirons dans la suite dans les chapitres que nous consacrerons aux formes frustes, pulmonaires ou abdominales de la colique hépatique ?

Dans ces cas la lithiase biliaire qui passera inaperçue pour le médecin le sera à plus forte raison pour le malade qui, quand on l'interrogera sur les maladies qu'il a eues durant sa vie passée, avouera par exemple une congestion pulmonaire, laquelle n'aura

été en réalité qu'un de ces accès si fréquents de colique hépatique à forme spéciale.

En outre, il faut considérer qu'une partie des vieillards est en démence, en enfance, et dans un tel état aussi bien au point de vue physique qu'au point de vue mental, qu'ils ne se rendent compte que très confusément de ce qu'ils ressentent.

Cette lithiasie biliaire latente est-elle diagnosticable? Non, ou du moins très difficilement, quoiqu'on ait signalé que la palpation de la vésicule quand elle contenait plusieurs calculs donnait la sensation d'un sac de noix.

Un signe meilleur de diagnostic serait la douleur à la palpation de la vésicule. J.-L. Petit prétend qu'en auscultant la vésicule contenant des calculs, on perçoit un bruit de frottement spécial. Bœrhave dit en parlant des calculs qui peuvent être contenus dans la vésicule: « *calculus ex se ipso, nihil mali fecit dum quiescit in vesicula, nisi ponderis sensu.* »

Le pronostic de la lithiasie biliaire latente est en général bénin, cependant elle peut donner lieu à des coliques hépatiques et surtout à des accidents plus graves à la suppuration des voies biliaires ainsi que M. Monneret et ensuite Cornil (*Mémoires de la Soc. de biologie*, 1845), l'ont montré.

En ce qui nous concerne, nous n'avons jamais observé de suppuration des voies biliaires consécutive à la lithiasie.

M. le professeur agrégé Parisot, notre maître qui depuis sept ans est à la tête de la clinique des vieillards à l'hôpital Saint-Julien, n'a pas encore constaté d'accidents de ce genre.

Charcot dit cependant à ce sujet dans ses leçons cliniques sur les maladies des vieillards : « Si les coliques hépatiques sont peu fréquentes à un âge avancé, il est au contraire très fréquent de voir les calculs et surtout la gravelle intra-hépatique donner lieu chez des vieillards à des suppurations des voies biliaires. Cette lésion se traduit au dehors par une fièvre intermittente symptomatique dans laquelle le début de chaque accès est indiqué par un frisson violent ; dans l'intervalle le thermomètre permet de constater une apyrexie complète. La mort survient presque toujours à la suite de ces accidents. »

CHAPITRE II

De la colique hépatique du vieillard semblable à celle de l'adulte et de ses formes larvées.

En médecine, plus que partout ailleurs, on peut dire qu'il n'y a pas de règle sans exceptions. C'est pourquoi il ne faudrait pas croire que si la colique hépatique du vieillard emprunte souvent à l'âge un caractère spécial, il en est toujours ainsi. Il est des cas où les accidents causés par la lithiase biliaire chez le vieillard sont semblables à ceux dûs à la même cause chez l'adulte.

Cependant, chose remarquable, quand les accès de colique hépatique présentent ces formes franches, ils font d'ordinaire suite à des accès qui ont débuté dans l'âge adulte et qui se continuent. En effet, tant dans les ouvrages que nous avons parcourus à propos de notre travail que dans nos observations personnelles, nous n'avons pas trouvé d'exemple de malades ayant été atteints d'accès francs de coliques hépatiques ayant débuté pendant la vieillesse.

Nous n'entrerons pas ici dans la description de la colique hépatique franche de l'adulte ; elle a été trop bien décrite avant nous par de nombreux auteurs tels que Pujol, Fauconneau-Dufresne, Murchison, Sénac, Charcot, etc.

Nous allons simplement pour montrer l'existence de cette manifestation de la lithiase biliaire chez le vieillard en donner deux observations.

OBSERVATION I (Personnelle).

*Colique hépatique avec symptomatologie analogue
à celle de l'adulte.*

M^{me} H. . . , âgée de 65 ans, célibataire. Depuis la ménopause est sujette à des crises de coliques hépatiques très violentes, qui depuis cette époque jusqu'aujourd'hui ont gardé le même caractère.

Il nous a été donné d'assister à une de ces crises et nous avons observé les symptômes suivants :

La malade se tient ployée en deux tant la douleur qu'elle ressent au niveau du foie est intense, cette douleur s'irradie vers l'épaule droite. La palpation du foie est impossible tant elle est douloureuse.

T. 37°. Pouls petit, filiforme, extrémités froides. Tendance à la syncope.

Vomissements alimentaires, puis muqueux et bilieux. Constipation. Météorisme abdominal.

Intolérance absolue de l'estomac pour les aliments.

TRAITEMENT. — Régime lacté. Eau de Vichy. Purgation.

Le lendemain la douleur a cessé, la région du foie est encore douloureuse à la pression. Teinte ictérique généralisée. Selles décolorées.

Urines contenant des pigments biliaires.

OBSERVATION II.

(Recueillie au service de M. le professeur agrégé Pierre Parisot.)

M^{me} Barth, 69 ans, ouvrière en chaussures.

Entrée à Saint-Julien il y a quatre mois. A eu avant son entrée à l'hôpital, à plusieurs reprises et surtout

il y a dizaine d'années, des accès de coliques hépatiques caractérisés par une douleur très forte à l'hypocondre droit, cette douleur était telle qu'au moment des accès, la malade était obligée de se tenir pliée en deux selon son expression, elle s'irradiait vers l'épaule droite et durait chaque fois quelques heures. Elle s'accompagnait de vomissements alimentaires, puis muqueux et bilieux. Le lendemain, la malade était jaune et ses selles étaient décolorées.

Le premier accès s'est produit vers l'âge de 40 ans, depuis elle en a eu une vingtaine environ. Les derniers accès auraient été beaucoup moins douloureux que les précédents.

2 juillet 1895. — La malade se plaint d'une sensation de pesanteur au niveau du foie avec, par moments, des lancées douloureuses. Le foie dépasse les fausses côtes d'un travers de doigt, sa palpation est douloureuse, son bord est lisse.

Frisson intense. T. 38° ; P. 100, irrégulier. Vomissements d'abord alimentaires, puis muqueux. Rien de particulier du côté du cœur ni du poumon.

5 juillet. — Teinte subictérique des conjonctives. Selles décolorées. Pas de vomissements aujourd'hui. Il y a toujours sensation de pesanteur au niveau du foie. T. 36°8. — P. 80.

5 juillet. — La malade est revenue à l'état normal, il persiste seulement une teinte jaunâtre des conjonctives.

4 mars 1896. — Crise absolument semblable à la précédente.

9 mars. — On trouve à l'examen des selles un petit calcul taillé à facettes de la dimension d'un pois.

Dans cette observation, nous voyons un exemple de colique hépatique chez une femme de 69 ans dont les accès ne diffèrent de ceux qu'elle avait ressentis auparavant à l'âge de 40 ans que par la diminution de la douleur, mais qui pour tous les autres symptômes restent des accès francs de colique hépatique. Cette forme atténuée est une transition entre les formes franches et les formes larvées.

Nous n'insisterons pas ici sur le diagnostic très facile de ces accès francs. En effet, avec quoi pourrait-on confondre ces coliques hépatiques caractérisées par la douleur au niveau du foie, douleur survenant par accès, des vomissements et de l'ictère consécutif à la crise ? L'ictère, il est vrai, manque souvent.

Pour le diagnostic différentiel quelquefois délicat de ces accès francs de colique hépatique, avec la colique néphrétique, la colique saturnine, la colique intestinale, les crises douloureuses du tabes, la gastralgie, la névralgie intercostale, ce diagnostic différentiel s'établissant par les mêmes procédés que chez l'adulte, nous renvoyons aux nombreux ouvrages qui traitent de la colique hépatique chez ce dernier, nous réservant de nous étendre spécialement dans ce travail, sur les formes de cette affection particulières au vieillard.

Etudions maintenant les formes larvées de la colique hépatique chez le vieillard. Ces formes ne sont pas rares et cela n'est pas étonnant si l'on songe que pendant la vieillesse tous les symptômes diminuent d'intensité.

On voit chez le vieillard de ces formes larvées dont les traits principaux sont mal accentués, dont plusieurs manquent, mais il est facile de remarquer que l'accès

aigu franc quand il survient ne diffère des accès larvés qui l'ont précédé que par sa plus grande intensité.

De plus, lorsque chez un sujet qui a déjà souffert antérieurement de coliques bien caractérisées, on constate des accidents analogues à ces premiers symptômes, même si ces symptômes n'indiquaient pas clairement le diagnostic, on n'hésiterait pas à reconnaître une colique hépatique légère, fruste en un mot.

L'examen des urines et des matières fécales, pratiqué avec soin, confirmera le plus souvent le diagnostic.

L'ictère manque souvent (dans la moitié des cas, d'après la plupart des auteurs). Il arrive quelquefois que l'accès de colique hépatique a des symptômes tout à fait analogues à une crise gastralgique avec vomissements sans ictère.

Dans ce cas, le diagnostic sera quelquefois presque impossible. On devra pratiquer attentivement l'examen des selles du malade, bien étudier ses antécédents et voir s'il n'a pas eu auparavant des crises de coliques hépatiques plus nettes, on devra surtout être tenu en éveil quand ces crises de gastralgie surviendront par accès trois à quatre heures après le repas.

Quelquefois la douleur ne siège pas au niveau du foie et simule une névralgie intercostale. La crise hépatique peut être remplacée par des accès de fièvre, périodiques avec douleur à l'épigastre, puis il arrive un moment où l'ictère ou l'expulsion de calculs indiquent le diagnostic.

Cyr signale chez un vieillard un cas où pendant plus de deux ans, tous les jours de quatre à cinq heu-

res du soir, survenait une crise qui durait trois à quatre heures et était caractérisée par un frisson, de la fièvre et une légère douleur à l'hypochondre droit, le diagnostic fut du reste facilité par l'apparition de l'ictère.

Les accès de fièvre intermittente hépatique qui se montrent à peu près exclusivement chez les vieillards et principalement chez les femmes sont quelquefois difficiles à différencier, chez les paludéens surtout, des accès palustres. Ils ont pour caractère de débiter le soir ou la nuit, résistent à la quinine ; en outre, on ne constate pas d'hypertrophie de la rate et l'examen du sang n'y révèle pas la présence de l'hématozoaire de Laveran.

« C'est également à la lithiase biliaire que devront faire songer, chez les vieillards, les accès fébriles à périodicité éloignée et irrégulière, tels que les fièvres septane et octane des anciens, une fois l'intégrité des voies urinaires reconnue. Le subictère continu ou rémittent sera d'un grand secours pour ces diagnostics difficiles. On devra toujours y joindre un examen minutieux des urines. » (Charcot).

Chez le vieillard, la colique hépatique peut se révéler par un simple frisson (Voir Obs. IV) comparable peut-être à celui qui suit le cathétérisme des voies urinaires et dû probablement à une septicémie passagère.

Si l'ictère fait quelquefois défaut au cours des coliques hépatiques, il en est cependant dans certaines formes larvées le seul signe, ainsi qu'on peut le voir au début de notre Observation III.

OBSERVATION III

(Extraite du traité de Durand-Fardel sur les maladies des vieillards.)

Forme larvée de colique hépatique.

Une femme âgée de 73 ans entra à l'infirmierie de la Salpêtrière présentant un ictère très prononcé dont elle se disait affectée depuis quelques jours et qu'elle attribuait à une vive contrariété. Elle ne présentait aucun autre signe de lésion des viscères et en particulier des voies biliaires. Aucune modification appréciable dans le volume du foie, pas de ballonnement du ventre, ni de liquide dans le péritoine. Les fonctions digestives s'exécutaient bien et cette femme n'éprouvait aucune souffrance. La malade resta environ deux mois dans cet état. Puis elle s'affaiblit, perdit l'appétit, eut de la diarrhée et des vomissements bilieux. Le ventre devint très gros et s'emplit de liquide. Puis cette femme succomba après avoir eu des vomissements opiniâtres pendant quinze jours.

A l'autopsie on trouva du liquide dans le péritoine et une péritonite avec fausses membranes récentes, cette péritonite était surtout très marquée au niveau des voies biliaires.

Un calcul de la grosseur d'une grosse noisette, dur, jaunâtre, un peu rugueux à sa surface, oblong, se trouvait placé au niveau de l'embranchement des trois canaux biliaires. Il oblitèrait complètement le canal hépatique et le canal cystique. Le premier était très dilaté jusque dans ses ramifications hépatiques. Le canal cystique semblait ne plus exister. Le col de la vésicule arrivait jusqu'au calcul et il fut impossible

de trouver aucune trace de son orifice cystique. Les parois de la vésicule étaient très épaisses, sa cavité très rétrécie contenait une bile épaisse et noire ; elle n'avait guère que le volume d'une vésicule séminale. Le canal cholédoque était libre et non dilaté dans toute son extrémité duodénale.

Dans cette observation, le calcul, ainsi que le montrent les lésions des canaux, était depuis longtemps engagé dans le canal cholédoque et cependant la colique hépatique fut simplement caractérisée par de l'ictère, jusqu'au moment où se déclara la péritonite qui emporta le malade. Le diagnostic de colique hépatique était, dans ces conditions, impossible à établir, puisque la colique n'était diagnosticable que par un seul signe, l'ictère, qui est lui-même un symptôme inconstant.

OBSERVATION IV

(Résumé d'une Observation recueillie au service de M, le professeur
agréé Parisot.)

Forme larvée de colique hépatique.

Reissès, 74 ans, manœuvre, a déjà eu à plusieurs reprises des coliques hépatiques.

18 novembre. — A eu cette nuit un frisson intense qui a duré plus d'une heure.

Ce matin le malade présente de l'ictère généralisé.

Les urines donnent la réaction caractéristique de la présence des sels biliaires. Selles décolorées. Apyrexie.

20 novembre. — Nouveau frisson, apyrexie, persistance de l'ictère, selles décolorées.

Dans cette observation on voit un accès de colique hépatique caractérisé tout d'abord uniquement par un frisson suivi d'ictère. Le diagnostic fut d'autant plus facile à poser qu'il y eut en outre ensuite décoloration des selles et urines bilieuses. Le malade de plus avait eu auparavant des accès francs de colique hépatique.

CHAPITRE III

Forme pulmonaire de la colique hépatique chez le vieillard.

Cette forme est assez fréquente, et cela n'étonnera pas si l'on réfléchit que, chez le vieillard, le poumon est un *locus minoris resistentiæ*. Ne voit-on pas dans la sénilité, les complications pulmonaires accompagner presque toutes les affections ?

Ainsi que nous le verrons plus loin, au cours de ce chapitre, les complications pulmonaires de la colique hépatique ont quelquefois chez le vieillard une place si importante, à côté des autres symptômes, souvent frustes, qu'elles dominent la scène, peuvent faire croire à des accidents pulmonaires simples, et font méconnaître leur cause primitive : la colique hépatique.

C'est pour ce motif que nous nous étendrons peut-être un peu longuement sur ce chapitre.

Guéneau de Mussy le premier a indiqué l'existence de la congestion pulmonaire dans la colique hépatique. Voici comment il s'exprime à ce sujet : « Avec la congestion hépatique qui accompagne très souvent les coliques, j'ai plusieurs fois observé une complication qui mérite d'être signalée ; c'est un état congestif à la base du poumon droit, attesté par des râles crépitants fins et nombreux, de la toux, de la fièvre, une expectoration visqueuse. Cette congestion est restée limitée à la base du poumon, a disparu après deux ou

trois jours de durée sous l'action de ventouses scarifiées et de vésicatoires.

Ce n'était pas évidemment une combinaison fortuite de pneumonie et de colique hépatique ; c'était une congestion limitée, passagère, connexe à l'irritation et à la congestion hépatique et disparaissant avec elles ; exprimant dans un ordre inverse cette solidarité entre le foie et le poumon dont témoigne l'extrême fréquence des congestions hépatiques dans les pneumonies. »

Fabre (de Marseille), en 1880, signale aussi les congestions pulmonaires.

Ord (Congrès méd. de Londres, 1886), en rapporte lui aussi plusieurs exemples.

Enfin Mas (Th. Montpellier, 1886), en rapporte une observation que nous reproduisons d'ailleurs dans notre travail.

Nous n'entrerons pas dans de grands détails au sujet du mécanisme de ces accidents pulmonaires. Cette question a été fort bien mise au point par Mas (Th. de Montpellier, 1891), et ceux que cela intéresserait la trouveraient là traitée tout au long.

La conclusion, c'est qu'il explique de deux manières le mécanisme des complications pulmonaires consécutives à la colique hépatique :

1° *Par la contiguïté.*

2° *Par voie réflexe.*

Par contiguïté. — En effet la congestion pulmonaire limitée à la base reconnaît quelquefois pour cause le voisinage du foie hyperhémie, c'est ainsi que l'on voit souvent des séreuses voisines (péricarde et plèvre par ex.) se transmettre leur inflammation.

Ainsi s'expliquent les adhérences, signalées dans les autopsies d'individus morts d'affection du foie, entre le diaphragme et le foie d'une part, et entre le diaphragme et la plèvre d'autre part.

Les congestions pulmonaires d'après Mossé peuvent s'accompagner d'un certain degré de pleurésie, comme on le verra d'ailleurs dans une des observations que nous rapportons au cours de ce chapitre ; et il n'est pas rare de rencontrer un peu de frottement à la base chez les malades atteints de colique hépatique.

Par voie réflexe. — Mas, après avoir discuté les opinions de Potain, Morel et Arloing, Peter, Fabre de Marseille, sur ce sujet, conclut que c'est le nerf pneumogastrique qui conduit l'excitation réflexe.

« La clinique, dit-il, est remplie d'exemples de synergies morbides du pneumogastrique. Telles sont : les palpitations du début de la tuberculose, les arythmies cardiaques des dyspeptiques, les crises d'angor pectoris au cours de la dyspepsie, la dilatation du cœur droit au cours de certaines affections de l'estomac et du foie. »

Y a-t-il donc des fibres vaso-motrices dans le nerf vague ? D'après Brown-Séquard et Vulpian, ce sont les racines spinales du grand sympathique qui se rendent au ganglion thoracique supérieur.

Les fibres vaso-motrices sont, d'après Vulpian probablement amenées à ces organes par les nombreux filets que le ganglion thoracique supérieur fournit au plexus pulmonaire.

On expliquerait alors de la façon suivante aussi bien les complications cardiaques que les complications pulmonaires.

Dans les formes cliniques simples les accidents seraient des palpitations cardiaques sans dilatation, et le nerf vague agirait seul.

Dans les formes complexes, au contraire, les cavités cardiaques étant dilatées, et l'élévation de la tension sanguine dans la petite circulation étant manifeste, le sympathique serait la voie nerveuse prépondérante, sinon exclusive de l'acte réflexe. » (Mas).

On pourrait rattacher à cette dernière forme le mécanisme des congestions pulmonaires.

Quelle est donc la physionomie clinique de ces formes pulmonaires de la colique hépatique chez le vieillard ?

Il est d'abord un premier type que nous ne ferons que citer à cause de son peu d'importance au point de vue clinique et symptomatique.

C'est le type auquel nous donnerons le nom de type pleurodynie, caractérisé simplement par une douleur dans le côté sans congestion pulmonaire.

Un type plus important est celui où la congestion pulmonaire accompagne la colique hépatique et qui peut revêtir des physionomies cliniques multiples.

Tout d'abord, nous devons distinguer les cas, où la congestion pulmonaire accompagne un accès de colique hépatique se révélant à nous par des signes cliniques qui ne laissent pas de doute sur son existence. Dans ce cas les symptômes de ces deux affections s'ajoutent.

Mais d'autres fois la congestion pulmonaire domine la scène et les signes de la colique du foie sont peu appréciables ; l'inverse peut aussi se produire, et, si

l'on n'examine pas le malade avec soin la congestion pulmonaire peut passer inaperçue.

Sous quels aspects cliniques se présente donc la congestion pulmonaire dans les cas qui nous occupent ?

Elle peut se produire sans fièvre, mais elle peut s'accompagner d'une température qui s'élève quelquefois jusqu'à 39° et même au-delà ; c'est là une fièvre intense si l'on considère que l'on a affaire à des vieillards.

La température varie en général entre 38° et 38°4'.

La congestion pulmonaire, complication de la colique hépatique, se produit quelquefois si violemment qu'il est difficile de la diagnostiquer d'avec une pneumonie, en effet aucun symptôme au début ne les distingue, fièvre, dyspnée, douleur dans le côté, matité, râles sous - crépitants les caractérisent toutes deux ; d'autant plus qu'il arrive fréquemment que le vieillard n'expectore pas.

Si avec cela apparaît l'ictère on pourra, croire, si l'on n'examine pas les selles, qu'on a affaire à une pneumonie bilieuse dont cette complication pulmonaire à toutes les allures.

D'autres fois la congestion pulmonaire se révèle simplement par une légère douleur dans le côté.

Quand le malade expectore, l'expectoration peut évidemment être sanguinolente.

Il arrive enfin que les signes stéthoscopiques et une légère dyspnée indiquent seuls la congestion pulmonaire.

Un caractère important de ces congestions pulmonaires d'origine hépatique, c'est d'être le plus sou-

vent limitées à la base du poumon droit, ou, quand elles atteignent les deux poumons, d'être beaucoup plus marquées à droite. Cela étonnera peu si l'on se souvient, qu'en ce qui nous concerne, nous faisons entrer la contiguité du foie et du poumon comme cause de ces congestions.

En résumé ces congestions pulmonaires se montrent à nous par les signes suivants : elles peuvent être précédées de prodromes qui leur sont propres, tels que frissons, douleur dans le côté, fièvre ; elles peuvent débiter subitement sans prodromes. Le début est parfois bruyant, d'autres fois la congestion s'installe insidieusement, sans autres symptômes que ceux qui accompagnent la colique hépatique.

Une fois établie, cette congestion pulmonaire se révèle à nous subjectivement, par une douleur dans le côté qui peut être légère et même ne pas exister, des frissonnements inconstants, une dyspnée plus ou moins forte ; objectivement : par de la submatité, des râles sous-crépitaux localisés ou tout au moins plus marqués à la base droite et une expectoration muqueuse ou sanguinolente qui manque chez beaucoup de vieillards.

La température s'élève généralement pendant toute la durée de ces congestions de 38° à 38°5, elle peut rarement s'élever jusqu'à 40° et l'on peut observer l'apyrexie.

La durée de ces congestions est presque toujours limitée à celle de l'accès de colique hépatique avec lequel elles débütent et se terminent.

Elles durent rarement plus de 3 ou 4 jours.

Elles ont encore un autre caractère, c'est d'être à

répétition et à poussées successives comme les accès qu'elles accompagnent.

Le diagnostic de la colique du foie n'est pas toujours facile à poser.

Si, en auscultant, on perçoit des signes de congestion pulmonaire, si en outre la matité de la région hépatique est exagérée, si à la douleur dans le côté se joint de l'ictère, le diagnostic de la colique hépatique sera facilement posé, et, la disparition subite des râles sous-crépitaux confirmera le diagnostic (quelquefois à ces râles s'ajoutent des frottements pleuraux, qui, comme nous le verrons dans une de nos observations, sont beaucoup plus lents à disparaître).

En outre dans ces cas de congestion réflexe, la congestion n'existe qu'à droite ou du moins elle y est en tous cas beaucoup plus marquée qu'à gauche.

Mais le diagnostic devient plus délicat quand la congestion existe seule sans ictère. Dans ce cas, la douleur qui existe fréquemment à la palpation du niveau de la vésicule biliaire, l'augmentation de volume du foie, l'examen des urines pourront éclairer le diagnostic.

La présence de sels biliaires dans l'urine ne laissera place à aucun doute ; de même on y trouvera la quantité d'urée diminuée.

La disparition brusque de la congestion mettra le médecin en éveil au sujet du diagnostic qui sera facile à l'accès prochain.

On devra aussi pour le diagnostic tenir compte des antécédents du malade qui pourra avoir eu autrefois des accès francs de colique hépatique, on ne devra pas négliger l'examen des selles.

Quant au pronostic, il perdra beaucoup de sa gravité quand on aura reconnu que la congestion pleuro-pulmonaire est sous la dépendance d'une colique du foie.

Ces congestions disparaissant presque toujours en même temps que l'accès qui les a causées et sans laisser aucune trace.

OBSERVATION V (Résumée.)

(in Th. Mas, Montpellier, 1891.)

Louise R..., 69 ans, service des vieillards.

En septembre 1888, point douloureux dans le côté droit avec vomissements bilieux et alimentaires, pas d'ictère, apyrexie, signes de congestion pleuro-pulmonaire à la base droite.

Cette congestion pulmonaire disparaît rapidement, mais il persista longtemps des frottements pleuraux à la base.

L'allure de cette congestion pulmonaire, l'état du foie, les antécédents de la malade, les troubles digestifs qui avaient accompagné ce point de côté droit, enfin la nature de la douleur éveillèrent l'attention de M. le professeur Mossé, et le firent penser à une attaque de colique hépatique fruste ou larvée, avec congestion pulmonaire.

En janvier 1891. — La malade eut de nouveau pendant quelques jours des vomissements avec sentiment de malaise et de douleur dans le côté droit.

Le 26 janvier. — Nouvelle crise caractérisée par une douleur très intense dans le côté droit avec toux et vomissements, fatigue générale. On constate des signes très nets de congestion pleuro-pulmonaire,

une augmentation de la matité hépatique et des frottements pleuraux.

La douleur dans le flanc droit disparaît au bout de quelques heures, en même temps apparaît une teinte ictérique. Apyrexie.

Le 6 février. — Douleur dans le flanc droit et vomissements alimentaires.

Le 7 février. — Violent accès de fièvre sans douleur de côté ni frisson. Malaise général. T. 40°1 ; P. 136.

La langue est bonne, pas de signes de congestion pulmonaire. La fièvre hépatalgique est la seule manifestation clinique de la lithiase biliaire.

8 février. — Rien de particulier. Il subsiste quelques frottements à la base du poumon droit. T. 37°3. Diminution de l'urée.

9 février. — Guérison.

Cette observation nous montre deux accès de colique hépatique, suivis de congestion pleuro-pulmonaire. A ces deux crises en succède une troisième caractérisée par un accès de fièvre hépatalgique.

OBSERVATION VI

(Communiquée par M. le professeur agrégé Parisot.)

Colique hépatique avec congestion pulmonaire.

X. . . , 65 ans, goutteux.

A eu pendant toute la nuit une douleur dans le côté droit avec vomissement et une température de 38°2. En même temps l'auscultation révélait des signes de congestion du côté droit. La douleur était plutôt à la partie droite de l'abdomen qu'à la poitrine.

Le lendemain à la pression, point cystique douloureux, pas de scapulalgie, ictère manifeste, foie augmenté de volume. Traitement : purgatif, eau de Vals, lait.

Au bout de trois jours la congestion pulmonaire a disparu.

Le premier jour on pouvait penser à une congestion pulmonaire simple, et il fallut attendre au lendemain pour poser le diagnostic, ce qui d'ailleurs ne présentait pas de difficulté, la colique hépatique étant devenue très manifeste.

OBSERVATION VII

(Service de M. le professeur agrégé Parisot.)

Grosjean, 72 ans, manoeuvre.

Le malade est porteur d'une hernie inguinale droite qui ne l'a jamais fait souffrir.

Le 10 juin 1892. — Il est pris d'une douleur subite et très intense au niveau de sa hernie, à la suite de laquelle il a une syncope.

On le porte à l'infirmerie où nous le voyons seulement quelques heures plus tard. Le malade gémit beaucoup, il se plaint d'une forte douleur au niveau de sa hernie, s'irradiant dans l'abdomen et dans les reins.

La hernie est irréductible et un peu tendue au moment où nous voyons le malade. Il n'y a pas de vomissements et il persiste à avoir des gaz. Le ventre est dur et sa paroi est contracturée.

Rien de particulier du côté des autres organes.

11 juin. — La matité hépatique est augmentée et dépasse d'un travers de doigt le rebord costal. Douleur à la pression au niveau du grand droit à droite.

Teinte ictérique des conjonctives et de la peau. Les urines sont très foncées et contiennent des sels biliaires.

13 juin. — Douleur toujours vive à l'hypochondre droit, surtout au niveau de la vésicule ; cette douleur est exagérée par la toux, les mouvements et la pression.

Les selles sont encore décolorées.

La teinte ictérique des conjonctives et de la peau a diminué.

Expectoration peu abondante, crachats muqueux dont quelques-uns sont légèrement sanguinolents.

A la percussion en arrière, submatité aux deux bases. A la base droite douleur à la percussion. A l'auscultation à droite, depuis la fosse sous-épineuse jusqu'à la base, mélange de râles muqueux et sous-crépitaux. A gauche à la base, quelques râles sous-crépitaux. Langue sale. La matité hépatique s'étend du cinquième espace jusqu'à quatre centimètres au-dessous du rebord costal.

$$\text{T. } \frac{37.4}{38^{\circ}} \quad \text{P. } \frac{88}{96} \quad \text{R. } \frac{44}{48}$$

14 juin. — Même état.

$$\text{T. } \frac{37^{\circ}}{38^{\circ}} \quad \text{P. } \frac{92}{100} \quad \text{R. } \frac{38}{42}$$

15 juin. — Ictère très intense. Mêmes signes du côté du poulmon.

Les urines contiennent beaucoup d'albumine et du pigment biliaire.

$$\text{T. } \frac{38^{\circ}}{38.4} \quad \text{P. } \frac{88}{96} \quad \text{R. } \frac{44}{38}$$

Selles complètement décolorées.

Les douleurs sont moins fortes qu'hier, le ventre est moins tendu. Pas de vomissements. Submatité et douleur à la percussion à la base droite.

Langue blanche pâteuse, soif vive, sueurs abondantes.

$$\text{T. } \frac{38^{\circ}4}{38^{\circ}4} \quad \text{P. } \frac{96}{100} \quad \text{R. } \frac{35}{38}$$

16 juin. — Forte dyspnée, gémissements continuels. Douleur intense au niveau du foie. Point cystique très douloureux. Matité hépatique toujours augmentée.

L'ictère a diminué, selles peu abondantes légèrement colorées.

Les urines ne renferment plus de sels biliaires.

Poumon : base droite, submatité et râles sous-crépitaux, congestion légère à la base gauche.

$$\text{T. } \frac{39^{\circ}5}{38^{\circ}2} \quad \text{P. } \frac{120}{88} \quad \text{R. } \frac{44}{44}$$

17 juin. — Même état. Langue saburrale. Vomissements alimentaires. Quantité notable de pigments biliaires dans l'urine.

$$\text{T. } \frac{38^{\circ}}{36^{\circ}4} \quad \text{P. } \frac{90}{80} \quad \text{R. } \frac{40}{44}$$

18 juin. — Le malade a passé une bonne nuit, les selles sont colorées. La matité hépatique a diminué ; le foie dépasse à peine le rebord costal et n'est plus douloureux à la pression. Les vomissements ont cessé, encore des traces de sels biliaires dans les urines.

$$\text{T. } \frac{39^{\circ}4}{36^{\circ}4} \quad \text{P. } \frac{74}{78} \quad \text{R. } \frac{34}{28}$$

25 juin. — Guérison complète.

26 décembre. — Le malade se promenant dans la cour est pris subitement d'un frisson, d'un point de côté droit et d'une fièvre intense. Le malade accuse également une forte douleur s'irradiant de la région hépatique jusqu'à l'orifice inguinal droit où il porte une hernie.

Dyspnée intense.

T. 39°6 P. 112 R. 44

Le poulx est petit et dépressible. Langue blanche sale. La hernie est réductible.

La percussion et l'auscultation du thorax en avant montrent des signes d'emphysème. En arrière, submatité depuis l'épine de l'omoplate droite jusqu'à la base, en auscultant la région submate, on perçoit de gros râles sous-crépitaux. Le foie n'est pas augmenté de volume, mais sa palpation est très douloureuse surtout au niveau de la vésicule biliaire. Pendant que nous l'examinons, le malade a un vomissement jaune-verdâtre d'environ 500 grammes.

Traitement : lait, eau de Vichy, purgatif.

27 décembre. — Le malade qui hier était dans un grand état de prostration est plus éveillé. Mêmes signes stéthoscopiques. La dyspnée et la douleur ont presque complètement disparu.

Teinte subictérique des conjonctives. Urines peu abondantes, contiennent des sels biliaires.

Le malade a eu six selles aujourd'hui, les deux premières étaient décolorées.

T. $\frac{37^{\circ}6}{37^{\circ}2}$ P. $\frac{84}{100}$ R. $\frac{32}{32}$

28 décembre. — Mieux sensible, la nuit a été bonne, le malade ne souffre plus. Les signes de congestion pulmonaire ont diminué. Les urines sont plus abondantes et ne renferment plus de sels biliaires.

1^{er} janvier 1893. — La guérison est à peu près complète. Les signes du côté du poumon ont presque complètement disparu.

Les 24 janvier 1893, 16 février, 4, 15, 20 et 25 mars, 4, 11 et 25 avril, 11 mai, le malade a eu une crise semblable à celle que nous venons de décrire.

Dans cette observation nous voyons que le premier accès qui se produisit en juin 1892 débuta avec des symptômes ressemblant à ceux d'un étranglement herniaire, mais le malade persista à rendre des gaz. Le lendemain la colique hépatique se déclarait franchement et ne tardait pas à être suivie de congestion pulmonaire. Le 23 juin la guérison était complète.

Le second accès, qui éclata en décembre, eut un début brusque, bruyant, pouvant en imposer pour une pneumonie le premier jour où les seuls signes de la colique hépatique étaient la douleur au niveau du foie et les vomissements. Le lendemain la colique du foie se révélait franchement. Cette observation montre également la bénignité du pronostic des complications pulmonaires, puisque l'on voit au bout de trois jours les symptômes du côté du poumon disparus à peu près complètement. Elle a, encore, ceci de particulier que pendant les quatre mois qui suivirent, le malade eut dix crises semblables.

OBSERVATION VIII

(Service de M. le professeur agrégé Parisot.)

Veuve Mutzler, 70 ans.

20 juin. — Depuis quatre jours, douleurs dans le ventre et dans le dos. Perte de l'appétit, vomissements.

La malade est entrée hier à l'infirmerie, elle présentait une teinte ictérique uniforme de tout le corps, de la douleur en avant tout le long du rebord costal à droite, en arrière de la douleur dans toute la partie droite du thorax à partir de l'angle de l'omoplate. Point cystique très douloureux en avant. Le foie n'est pas augmenté de volume.

Pneumatose abdominale, langue blanche, haleine fétide, ventre souple pas douloureux, pas de dilatation d'estomac.

Rien de particulier au cœur. Pouls régulier, égal.

A la base droite submatité, râles crépitants et sous-crépitanants, expectoration nulle, vomissements jaunes.

Urines contenant des sels biliaires.

Pas de selles depuis trois jours malgré un purgatif.

22 juin. — On donne un purgatif énergique. Il se produit deux selles complètement décolorées. La teinte ictérique persiste. Sels biliaires dans les urines.

23 juin. — La douleur a disparu, et en même temps qu'elle tous les signes de congestion pulmonaire. Les selles sont colorées, il y a encore des pigments biliaires dans l'urine.

CHAPITRE IV

Forme cardiaque de la colique hépatique chez le vieillard.

Cette forme est moins spéciale au vieillard que la forme pulmonaire, elle est assez fréquente chez l'adulte.

Nous n'insisterons pas longuement sur le mécanisme par lequel se produisent ces complications cardiaques ; c'est un réflexe qui parti des canaux biliaires atteint le cœur soit par le sympathique, soit, et c'est là l'opinion la plus généralement acceptée, par le pneumogastrique.

Au point de vue clinique, on peut diviser les manifestations cardiaques de la colique hépatique en deux classes.

Une première, dans laquelle elles se traduisent par la lypothimie et la syncope ; une deuxième dans laquelle elles se traduisent par des troubles de fonctionnement du cœur qui vont quelquefois, surtout chez les vieillards qui sont artério-scléreux, jusqu'à produire l'asystolie.

Etudions d'abord les manifestations lypothimiques et syncopales de la colique hépatique.

On a prétendu que la lypothimie et la syncope ne se produisaient que dans les cas où la douleur était très intense et chez les sujets très nerveux ; cette proposition n'est pas toujours vraie et si l'on peut admettre que la douleur très intense est une circonstance

favorable pour déterminer la syncope, elle n'est cependant pas nécessaire ainsi que l'on s'en rendra compte en consultant les observations que nous publions à la fin de ce chapitre, et qui rapportent des syncopes mortelles au cours d'accès de coliques hépatiques chez des vieillards.

L'on remarquera que dans une seule de ces observations il est noté qu'une douleur intense a précédé la syncope.

La lypothimie et la syncope sont une même manifestation de la colique hépatique à des degrés différents.

Chez le vieillard la mort est la terminaison fréquente de ces accès et cette mort qui se produit en quelques instants ou en quelques heures ne s'explique même pas par l'autopsie, qui ne révèle que la présence de calculs dans les canaux biliaires avec un peu d'irritation de ces derniers.

Cette question si importante au point de vue médico-légal a été étudiée par Charcot (1) et Brouardel (2).

Pour eux, ces accidents ont pour origine un réflexe sur les filets cardiaques du pneumo gastrique, qui arrête le cœur en diastole.

La mort subite ou rapide est beaucoup plus fréquente chez le vieillard que chez l'adulte, en effet, comme le fait fort justement remarquer Mossé (3), elle est le résultat de la gravité progressivement croissante des symptômes observés chez des individus sujets déjà depuis longtemps aux coliques hépatiques.

(1) Charcot. — *Leçons sur les maladies du foie* (XV^e leçon, p. 153).

(2) Brouardel. — *Mort et mort subite* (Paris, 1895).

(3) Mossé. — Th. d'agrégation, 1880.

On retrouve en outre presque toujours à l'autopsie des lésions du foie, du cœur et des reins ; c'est là un fait clairement démontré par les observations publiées par Durand-Fardel (1), Bogros (2), Murchison (3) et Marchka (4).

Dans tous les cas, le réflexe n'est pas seul en cause et il faut tenir compte des lésions préexistantes.

Or, il n'est pas d'individu qui présente plus fréquemment que le vieillard de lésions du cœur, du foie et des reins.

Le cœur en particulier est chez lui le siège de lésions multiples (5).

Si nous sommes entré dans ces détails, c'est pour bien montrer l'extrême gravité du pronostic, dans la forme syncopale de la colique hépatique chez le vieillard.

Passons maintenant à une autre manifestation de la colique hépatique sur le cœur.

Le cœur droit reçoit souvent par réflexe le contre-coup de la colique hépatique. Il se produit une vasoconstriction généralisée dans la circulation pulmonaire, la tension s'élève dans l'artère pulmonaire et dans le cœur droit qui se dilate, et le myocarde, étant presque toujours très affaibli chez le vieillard, cède.

Suivant l'intensité de l'accès, on voit alors se produire des palpitations, de l'arythmie, à un degré plus avancé des signes de dilatation du cœur droit, à cette

(1) Durand-Fardel. — *Traité des maladies des vieillards*, p. 730.

(2) Bogros. — *Arch. gén. de méd.*, t. V, p. 204.

(3) Murchison. — *Maladies du foie*, p. 436.

(4) Marcka. — *Schmidts Jahrbücher*, 1874.

(5) Haushalter. — *Recherches sur le cœur sénile* (th. Nancy, 1885).

dilatation du cœur droit succède fréquemment l'insuffisance tricuspidiennne, et très souvent, chez les vieillards artério-scléreux, l'asystolie qui s'établit avec d'autant plus de facilité, qu'en outre, dans les cas qui nous intéressent, c'est-à-dire chez des vieillards, la myocardite, est la règle.

Ainsi que le dit Charcot, un malade arrivé à cet état n'est plus un hépatique, c'est un cardiaque. Ces troubles cardiaques peuvent persister après que l'accès de colique est terminé, « ils peuvent devenir définitifs si un calcul s'enchatonne dans les voies biliaires. » (Charcot.)

Une remarque au sujet de ces troubles cardiaques, c'est qu'ils sont toujours accompagnés de congestion pulmonaire. On a donc affaire ici à des formes mixtes cardio-pulmonaires.

Troubles dans le fonctionnement du cœur droit, palpitations, dilatation, insuffisance tricuspidiennne, asystolie ; oppression pouvant aller jusqu'à la dyspnée et même jusqu'à la suffocation, ajoutons à cela les signes stéthoscopiques fournis par la congestion pulmonaire et la lésion cardiaque en présence desquelles on se trouve, et nous aurons un tableau des manifestations cliniques par lesquelles peuvent se révéler ces complications cardio-pulmonaires de la colique hépatique chez le vieillard.

Nous n'insisterons pas ici sur le pronostic de ces formes qui est grave par ce fait qu'elles sont une cause d'asystolie pour les vieillards qui en sont atteints.

OBSERVATION IX

(Mossé, th. d'agrégation, 1880).

Colique hépatique avec syncope mortelle.

Une dame de 72 ans, après avoir passé une bonne nuit, se plaint au réveil d'une vive douleur à l'estomac et de nausées. Elle demanda une infusion de mélisse et mourut en la buvant. Le Dr Curry, qui avait vu la veille cette femme bien portante, voulut faire l'autopsie.

Il trouva tout le corps en bon état à l'exception du conduit cholédoque dont l'intérieur était fort enflammé.

Il y avait plusieurs calculs dans la vésicule, mais on ne découvrit pas dans l'intestin celui que M. Curry supposa avoir déterminé la vive douleur et la mort.

Cette observation montre un cas de mort par syncope consécutive à la présence d'un calcul dans le canal cholédoque. Les calculs qui se trouvaient dans la vésicule et l'irritation du cholédoque en sont une preuve. Comment ne trouva-t-on pas de calcul dans l'intestin quoique celui-ci ait été convenablement examiné ?

Peut-être le calcul avait-il été rejeté dans la vésicule. On sait en effet que dans certains cas de coliques hépatiques le calcul après avoir pénétré dans les canaux est rejeté dans la vésicule par leurs contractions.

OBSERVATION X

(Service de M. le professeur agrégé Parisot).

Colique hépatique avec syncope mortelle.

Veuve Péhé, balayeuse, 76 ans.

La malade a eu à deux reprises déjà des accès de coliques hépatiques il y a deux ans et il y a quelques mois. (Nous reviendrons, dans le chapitre de notre thèse qui traite des formes nerveuses de la colique hépatique, sur ces accès et sur leurs prodromes).

8 avril 1896. — La malade a été obligée de s'aliter, elle se plaint d'une douleur intense au niveau du foie, cette douleur se propage vers l'épaule droite. La langue est d'un blanc sale, l'haleine fétide. Régurgitations et vomissements muqueux. Aucun aliment n'est supporté. Ventre ballonné, pas de selles depuis trois jours. T. 38°5. P. 130.

A la percussion du foie on s'aperçoit qu'il s'étend du quatrième espace intercostal jusqu'à quatre travers de doigts au-dessous du rebord costal.

La palpation du foie est très douloureuse et difficile à pratiquer, étant donnée l'obésité considérable de la malade.

Urines troubles, rares, traces d'albumine.

Battements du cœur sourds.

9 avril. — La malade se plaint toujours de sa douleur au niveau du foie, remontant vers l'épaule droite.

La palpation du foie est impossible tant elle est douloureuse. Teinte ictérique très nette des conjonctives et de la peau.

Les vomissements ont cessé.

Pas de selles. Ventre très distendu.

Urines contenant des sels biliaires.

Pendant que nous prenons le pouls de la malade, qui est couchée sur son lit, nous sentons trois ou quatre pulsations irrégulières, puis le pouls s'arrête et la malade meurt subitement.

AUTOPSIE. — *Poumons* fortement emphysémateux, repoussés en haut par le foie cancéreux qui fait saillie sous le diaphragme. Au niveau de l'union de la bronche gauche avec la trachée trois ou quatre gros ganglions atteints de dégénérescence cancéreuse ; à ce même niveau, épaissement et dégénérescence cancéreuse de la paroi de la bronche et de la trachée mais sans que l'ouverture de ces deux conduits soit sensiblement diminuée.

Cœur. — Surcharge graisseuse considérable. Le myocarde a une épaisseur normale, teinte pâle, feuille morte.

Foie. — Le foie est très augmenté de volume. Il mesure 35 centimètres de largeur, 30 centimètres de hauteur et 17 centimètres dans sa plus grande épaisseur. On y remarque de nombreux nodules de cancer encéphaloïde dont la grosseur varie de celle d'un œuf à celle d'une noisette.

Le bord du foie est à peu près lisse. Les voies biliaires ne sont en aucun point comprimées par la masse cancéreuse. La vésicule biliaire contient deux calculs de cholestérine, l'un de la taille et de la forme d'une grosse noix régulièrement arrondi, l'autre à peu près de la taille d'un pois taillé à facettes et ayant laissé son empreinte sur le gros calcul.

La vésicule biliaire contient peu de bile. Le canal cystique a un diamètre d'environ deux millimètres, et, à sa jonction avec le canal hépatique, on trouve un petit calcul du volume d'une lentille. Les canaux hépatique et cholédoque mesurent 1 centimètre 1/2 de diamètre. L'embouchure du cholédoque dans l'ampoule de Vater mesure 3 millimètres de diamètre, à niveau se trouve enclavé un petit calcul.

Reins. — Normaux.

Cette observation nous montre un cas très net de syncope consécutive à la colique hépatique. En effet la malade est morte subitement pendant que nous l'examinions et cette syncope s'est produite sans que nous l'ayons fait s'asseoir ni se remuer.

OBSERVATION XI

(Service de M. le professeur agrégé Parisot.)

Beaucourt, 67 ans, indisposé depuis hier. Ce matin le malade en se levant tombe mort sur le plancher.

AUTOPSIE. — *Poumons.* Emphysème. Congestion aux deux bases surtout marquée à la base droite.

Cœur. — Surcharge graisseuse. Sclérose du myocarde.

Aorte. — Quelques plaques d'athérome.

Reins. — Légère congestion. Décortication difficile.

Foie. — La vésicule biliaire est très distendue et contient une trentaine de calculs. Le canal cystique est dilaté par un calcul et enflammé. Le foie est jaune, gras, présente de la dégénérescence graisseuse et de la rétention biliaire.

Cerveau. — Rien de particulier.

La mort ne nous semble pas explicable ici autrement que par une syncope réflexe dont le point de départ aurait été le canal cystique irrité par la présence d'un calcul.

OBSERVATION XIII

(Extraite du traité du Dr Fardel sur les *Maladies des vieillards*.)

Chez une femme de 82 ans qui avait eu de l'ictère quelques jours auparavant, celui-ci reparait à la suite d'une indigestion le 15 août.

Le 17, douleurs dans la région lombaire. Tout à coup à midi la malade perd la parole, respiration très irrégulière, ictère très accentué, pouls petit, filiforme, irrégulier, extrémités froides, mort quelques heures après.

A l'autopsie rien qui puisse expliquer la mort, sauf un calcul gros comme le pouce engagé dans le cholédoque. Voies biliaires rouges irritées. Gorgées de bile.

On a eu à faire ici, d'après nous, à un accès fruste de colique hépatique suivi d'un état lypothimique, marqué par un pouls petit, irrégulier, du refroidissement des extrémités qui se termina par la mort due probablement à une syncope.

CHAPITRE V

Forme abdominale de la colique hépatique chez le vieillard.

Cette forme est chez le vieillard la plus fréquente avec la forme pulmonaire. Il se produit des phénomènes réflexes sur le tube digestif comme il s'en produit sur le cœur et sur le poumon au cours de la colique hépatique.

Comme chez l'adulte, on peut observer chez le vieillard un type stomacal. Dans ce cas, la colique hépatique se traduit par des douleurs qui, n'étant pas bien localisées, pourront être prises pour des crampes d'estomac.

Ces douleurs s'accompagnent parfois de vomissements et d'intolérance pour les aliments et, dans les cas où il n'y a pas d'intolérance, contrairement à ce qui se passe dans les crampes d'estomac, l'ingestion d'aliments ne calme pas ses douleurs. Si l'ictère, ou l'apparition de bile dans les urines, ou une attaque plus franche de colique hépatique ne met pas sur la voie, le diagnostic de ces formes sera quelquefois impossible.

Mais nous n'insisterons pas sur ce type, il est très rare chez le vieillard et nous n'en avons vu rapporter qu'un cas, par Charcot.

Une forme beaucoup plus fréquente et beaucoup plus importante au point de vue qui nous intéresse, c'est la forme intestinale de la colique hépatique chez le vieillard.

Il arrive fréquemment chez lui que l'accès de colique hépatique se traduise par des symptômes analogues à ceux de l'obstruction intestinale, ainsi que l'on pourra s'en convaincre en lisant les observations que nous publions à la fin de ce chapitre.

C'est surtout la présence d'un calcul au voisinage de l'ampoule de Vater qui produit des phénomènes analogues à ceux que produirait le pincement d'une anse intestinale.

A défaut de la péritonite qui se produit parfois et révèle à elle seule la présence de calculs dans les voies biliaires (Voir notre Observation III), le réflexe agit ici sur le péritoine tout comme sur l'intestin, il se produit alors du *péritonisme*, et comme chez le vieillard, la symptomatologie propre de la colique hépatique est très atténuée et peut même manquer, le réflexe domine la scène. On a alors des symptômes tels que ceux-ci : douleur, diffuse dans l'abdomen, parfois très intense, ventre tendu météorisé, constipation opiniâtre ne cédant quelquefois aux purgatifs que quand l'accès de colique hépatique est terminé, hoquet, vomissements, intolérance de l'estomac pour les aliments, facies grippé, pouls petit, filiforme. Ce tableau est bien semblable à celui d'une obstruction intestinale.

Si à cela se joint, comme il est fréquent chez le vieillard, et comme on peut le voir dans une de nos observations, une hernie irréductible, on pourra croire à un étranglement herniaire.

Le diagnostic de ces formes de coliques hépatiques quoique n'étant pas toujours facile est en général possible.

On devra y penser chez un vieillard qui ayant eu des accès francs de colique hépatique présentera les symptômes que nous venons d'énumérer.

En outre, chez des malades présentant ces signes de pseudo-obstruction intestinale consécutive à la présence d'un calcul dans les voies biliaires, on n'observera pas de vomissements fécaloïdes et les vomissements biliaires, s'il s'en produit, seront de courte durée ; de plus, à défaut de selles, le malade persistera à rendre des gaz et les selles reparaitront en général sous l'influence de deux ou trois purgatifs énergiques ; on arrive ainsi à faire contracter l'intestin qui déjà paresseux naturellement chez le vieillard n'est, dans ces cas, plus stimulé par la présence de la bile.

On devra aussi rechercher la congestion pulmonaire qui chez le vieillard est une compagne fréquente de la colique hépatique.

L'ictère, en outre, manque rarement dans ces formes, qui sont produites par un calcul engagé dans le canal cholédoque et le plus souvent dans le voisinage de l'ampoule de Vater.

L'ictère, il est vrai, n'apparaît que le lendemain ou le surlendemain de l'attaque.

La douleur quoique pouvant être diffuse aura parfois son maximum au niveau du foie.

Nous ne décrirons pas ici les cas où la colique hépatique s'accompagne d'une péritonite, car on se trouve là en présence, non d'une forme, mais d'une complication de la colique hépatique.

Signalons enfin que, fréquemment chez le vieillard, un accès de colique hépatique peut être pris pour un

embarras gastrique. Cela tient à ce que chez lui la douleur qui accompagne l'accès est peu vive souvent et l'on a les signes cliniques suivants : langue blanche, saburrale ; fièvre légère, vomissements, inappétence, douleur légère et enfin le lendemain teinte ictérique ; si l'on n'a pas le soin de rechercher la colique hépatique, on pourra diagnostiquer embarras gastrique avec ictère catarrhal consécutif.

Faisons aussi remarquer qu'au cours de la colique hépatique chez le vieillard, la constipation est de règle presque absolue.

Nous terminerons là ce chapitre sur la forme abdominale de la colique hépatique chez le vieillard ; nous voulions surtout y montrer que bien souvent chez lui elle a de nombreux symptômes communs avec l'obstruction intestinale.

OBSERVATION XII

(Service de M. le professeur agrégé Parisot.)

Colique hépatique simulant une hernie étranglée.

Grosjean, 73 ans.

Ce malade était porteur d'une hernie inguinale droite.

Il est pris d'une douleur diffuse à l'abdomen très intense.

Le ventre est dur, tendu, douloureux. Hoquet, vomissements.

Pouls petit. La hernie est irréductible.

L'interne, qui vit ce malade à ce moment, le dirigea sur un service de chirurgie croyant à un étranglement herniaire.

Le lendemain, ictère, la douleur a presque cessé, plusieurs selles décolorées, urines bilieuses.

OBSERVATION XIII

(Service de M. le professeur agrégé Parisot.)

Fremion, manœuvre.

Porteur d'une hernie inguinale droite, fut pris soudain, le 20 juin 1895, d'une douleur diffuse dans le ventre, de vomissements.

La hernie tendue ne put être réduite de suite, mais seulement quelques heures après le début de cet accès. On crut tout d'abord à une hernie étranglée, le malade ne rendant en outre ni selles, ni gaz.

Le lendemain, ictère, selles décolorées, disparition de la douleur, urines bilieuses.

OBSERVATION XIV (Résumée)

(Extraite du traité de Durand-Fardel sur les *Maladies des vieillards*.)

Une femme de 83 ans, ayant eu à plusieurs reprises de l'ictère entre le 31 janvier à l'infirmerie de la Salpêtrière. Elle présentait comme symptômes : une forte douleur abdominale, le ventre était très tendu, vomissements, constipation opiniâtre. Cruveilhier porta le diagnostic d'étranglement herniaire.

La malade mourut sans avoir eu d'ictère. On trouva pour toute lésion, à l'autopsie, un calcul dans le canal cholédoque à son extrémité intestinale et quelques calculs dans la vésicule. Les canaux biliaires étaient rouges et tuméfiés.

OBSERVATION XV.

(Service de M. le professeur agrégé Parisot.)

Colique hépatique avec péritonite simulant une obstruction intestinale.

Beaucourt, 73 ans.

Le 4 décembre 1893, le malade se serait plaint de douleurs dans le ventre et dans la tête.

Le 6 décembre, comme il n'avait pas eu de selles depuis deux jours, on lui donne, sans résultat, un purgatif.

Le 7 décembre. — Dyspnée intense, visage cyanosé, fortes douleurs abdominales. Le ventre est tendu, douloureux à la pression, chaud, ni gaz, ni évacuations alvines. Nausées et vomissements bilieux. Urines normales. Pouls petit, fréquent, 120. T. 38°7.

Le malade dit avoir déjà été à l'infirmerie pour des symptômes analogues il y a un an.

Le soir, pas de selles, malgré un nouveau purgatif. Les douleurs abdominales ont augmenté. P. 160, petit, dépressible. T. 38°. Extrémités froides, ventre dur, gonflé, mat.

A sept heures du soir, le malade prend une teinte ictérique qui ne fait qu'augmenter jusqu'à sa mort à onze heures du soir.

AUTOPSIE. — Péritonite généralisée, à maximum au niveau du foie.

La vésicule biliaire et le canal cholédoque sont distendus par la bile. Le canal cholédoque est très congestionné.

A l'ouverture du duodénum on trouve un calcul de cholestérine, enchatonné au niveau de l'ampoule de Vater.

Le foie est jaune roux, cirrhotique granuleux, diminué de volume.

Poumons. — Congestion des deux bases.

Cœur normal.

Reins. — Léger degré de néphrite interstitielle.

OBSERVATION XVI

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Parisot.)

Mme G. . . , 77 ans.

Femme nerveuse. Il y a 30 ans, colique hépatique avec un cortège de symptômes fort bruyants, vomissements, douleur très forte dans l'abdomen, pneumatose abdominale.

Depuis 30 ans, sous l'influence d'un régime et d'un genre de vie appropriés à son état, la malade n'a pas eu de coliques hépatiques.

Depuis un an, elle a eu à différentes reprises de l'asystolie à la suite d'une pneumonie. Elle a alors changé son genre de vie et il s'est produit il y a deux mois une douleur dans le côté droit très légère. Au moment où elle fut examinée, la malade avait déjà du subictère et des urines bilieuses ; elle accusait surtout une douleur abdominale diffuse, une constipation opiniâtre, du tympanisme, elle rendait cependant des gaz.

A ce moment, la douleur abdominale n'était pas très vive et le météorisme abdominal empêchait de se rendre compte du volume du foie. L'auscultation, à

ce moment, ne présentait rien d'anormal et le cœur était en bon état.

Lavement purgatif, sans effet.

Le lendemain, purgation sans effet, la douleur dans le ventre et le point de côté persistent. Le surlendemain, nouvelle purgation, selles nombreuses, la douleur abdominale disparaît.

Le ventre étant déballonné, on constate que le foie est augmenté de volume.

Le troisième jour, petit foyer de râles sous-crépitaux et douleur à la base droite. Apyrexie.

L'ictère disparaît vite, ainsi que les râles sous-crépitaux.

L'augmentation de volume du foie persiste.

CHAPITRE VI

Forme nerveuse de la colique hépatique chez le vieillard.

Charcot signale comme produits par la colique hépatique, des paralysies et des paraplégies passagères du bras droit, des troubles nerveux généraux, des crises hystériformes et épileptiformes, il en cite des exemples chez l'adulte ; nous n'en avons non seulement jamais observé chez le vieillard, mais nous n'en avons vu relater nulle part durant les recherches que nous avons faites en vue de ce travail.

On a signalé aussi l'hypochondrie comme conséquence de la colique hépatique chez le vieillard, mais ce n'est pas là un caractère spécial ; et l'hypochondrie chez un sujet prédisposé succède à un ébranlement organique quelconque.

Certains auteurs considèrent comme une forme nerveuse de la colique hépatique, celle qui est surtout marquée par un frisson et un accès de fièvre pendant lequel la température peut s'élever jusqu'à 40° et même au-dessus, cet accès de fièvre étant passager et ne durant en général que quelques heures, cette fièvre a reçu le nom de fièvre hépatalgique. Mais on est à peu près unanime à reconnaître, aujourd'hui, qu'au lieu d'être d'origine nerveuse, elle est le signe d'une infection passagère de l'organisme.

De même, à notre point de vue, l'accès de colique hépatique caractérisé principalement, et même quel-

quefois simplement chez le vieillard par un frisson, ne doit pas être regardé comme une forme nerveuse de la colique hépatique, ce frisson étant la réaction de l'organisme à l'invasion des agents infectieux.

Au point de vue nerveux, nous devons signaler ici un cas intéressant que nous avons eu sous les yeux.

La veuve P... qui fait l'objet de notre Observation X a eu à l'hospice Saint-Julien, ainsi que nous le disons dans son Observation, trois accès de colique hépatique, mais nous n'avons pas parlé à ce moment de quelques particularités qu'a présentées le malade, au point de vue mental, pendant les quelques semaines qui ont précédé ces accès et pendant ces accès eux-mêmes, pensant que ces détails seraient mieux à leur place dans ce chapitre.

Disons tout d'abord, qu'au point de vue mental, cette femme présente cette particularité qu'un de ses fils est mort de manie aiguë à l'âge de 40 ans à l'asile de Maréville.

Elle n'a jamais présenté aucun signe d'aliénation mentale, sauf à trois reprises différentes pendant trois semaines environ avant chacun de ses accès de coliques hépatiques et durant leur cours elle présentait du délire des persécutions caractérisé de la manière suivante : elle refusait de quitter son lit et de prendre aucun aliment sous prétexte qu'on voulait l'empoisonner à tel point qu'à plusieurs reprises on fut obligé d'employer la sonde pour la nourrir ; et quand on parvenait à lui faire prendre quelques aliments, elle surveillait de son lit la cuisine pour voir si l'on n'ajoutait pas de poison à sa nourriture. Elle prétendait

en outre qu'on lui en voulait et croyait que tout le monde complotait contre elle.

Ces accès duraient environ trois semaines chacun avant la crise de coliques, puis pendant toute sa durée. C'est un accès de délire des persécutions qui nous fit prévoir sans que rien nous y autorisât la troisième crise de coliques hépatiques qui emporta la malade et dont le diagnostic fut vérifié à l'autopsie.

Que penser de cette observation ? Cette femme, sans que nous ayons rien trouvé dans ses antécédents, avait cependant probablement une tare mentale puisque son fils mourut fou. Ces trois accès de délire des persécutions qui précédèrent et accompagnèrent les trois crises de coliques hépatiques, coïncidèrent-ils avec ces crises ou étaient-ils simplement sous leur dépendance ?

S'ils coïncidèrent, la coïncidence est bien remarquable. S'il y eut un autre rapport que celui de la coïncidence entre la colique hépatique et le délire des persécutions, quel fut-il ? Nos connaissances en médecine mentale ne sont pas suffisantes pour résoudre cette question. Peut-être a-t-on eu affaire là à un cas de folie sympathique.

DEUXIÈME PARTIE

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES VOIES BILIAIRES DU VIEILLARD ET PRINCIPALEMENT SUR LA CONSTITUTION DE LEUR TUNIQUE MUSCULAIRE

Nous ne parlerons dans notre travail ni de la formation des calculs, cette question étant encore très controversée, ni de leur composition qui est semblable chez le vieillard à ce qu'elle est chez l'adulte.

Nous n'avons pas non plus la prétention de faire une étude complète des voies biliaires du vieillard, mais seulement des modifications subies par celles-ci, par le fait de la vieillesse, et pouvant servir à expliquer les caractères cliniques, parfois spéciaux, que revêt chez lui la lithiase biliaire.

On a signalé chez le vieillard l'atrophie de la vésicule biliaire. Sur trente autopsies, nous n'avons constaté qu'une fois cette atrophie. La vésicule avait le volume d'une noisette, elle ne contenait pas de calculs, mais seulement un peu de bile très épaisse ; elle adhérait très intimement par des brides conjonctives avec le colon transverse. Le canal cystique, qui était devenu à peu près inutile, était lui aussi atrophié et l'on pouvait à peine passer dans sa lumière un stylet d'un millimètre de diamètre.

Nous avons trouvé cinq fois sur ces trente autopsies

des adhérences plus ou moins lâches unissant la vésicule et le canal cystique au colon transverse et au duodénum.

Mais ce que nous avons noté de plus remarquable macroscopiquement, c'est l'augmentation de volume à peu près constante du diamètre des canaux biliaires.

Voici les moyennes de ces diamètres recueillies à nos autopsies.

Moyenne du diamètre du cholédoque de 1 ^{cm} et 2 ^{mm}			
—	—	hépatique	9 ^{mm}
—	—	cystique	3 ^{mm}

On voit d'après ce tableau en se souvenant que chez l'adulte les diamètres sont :

Canal cholédoque.....	5 ^{mm} ,5
Canal cystique.....	3 ^{mm} ,5
Canal hépatique.....	4 ^{mm}

que les diamètres des canaux cholédoque et hépatique sont augmentés de plus du double, tandis que celui du canal cystique est plutôt légèrement inférieur.

Mais ce qui est intéressant à étudier, ce qui peut éclairer la symptomatologie, ce sont les modifications subies par la couche musculaire des voies biliaires chez le vieillard et cet intérêt vient non seulement de ce que la musculature des voies biliaires a une grande importance au point de vue de la colique hépatique, mais encore de ce que la constitution chez le vieillard est encore très controversée.

Les résultats que nous allons donner nous ont été fournis par l'examen microscopique des voies biliaires de 25 vieillards, dont l'âge variait de 75 à 91 ans.

Nous avons en outre, afin de comparer, examiné les voies biliaires de 5 adultes âgés de 30 à 45 ans et morts de maladies aiguës.

L'existence de fibres musculaires lisses dans la vésicule biliaire du vieillard est admise par tous les histologistes, mais si l'on recherche leur opinion sur le plan musculaire des canaux biliaires, on voit qu'il n'en est plus de même : pour Henle Fregniet et Eberth, il n'y a pas de traces de fibres musculaires dans les parois des canaux biliaires ; pour Sappey, au contraire, elles y existent en assez grande quantité. Kœlliker admet l'existence de quelques cellules musculaires jetées çà et là dans la paroi des conduits biliaires, mais sans aucune régularité et ne formant pas là, à proprement parler, une tunique musculieuse ; il dit même que, chez certains sujets, ces faisceaux musculaires font complètement défaut.

Pour Legros, Grancher et Renault, les fibres musculaires existent en quantité notable.

MM. Charcot et Pitres qui ont fait des recherches sur la musculature des canaux biliaires s'expriment ainsi : « Chez plusieurs vieillards, il nous a été impossible de mettre en évidence l'existence de faisceaux de fibres musculaires. Par contre, ces faisceaux étaient assez multipliés et assez puissants chez les sujets adultes. En résumé, les faisceaux musculaires existent normalement dans les parois des conduits biliaires, mais il y a sous ce rapport de très grandes variations suivant les sujets ; on est porté à croire que chez le vieillard, ces faisceaux sont habituellement peu prononcés ou même font complètement défaut.

Technique histologique. — Voici les divers procédés que nous avons employés pour rechercher la constitution en fibres muculaires lisses des voies biliaires chez le vieillard.

Nous avons durci une partie de nos pièces dans l'alcool, puis après inclusion dans le collodion, nous les avons colorées les unes au picro-carmin, les autres à l'hématoxyline et à l'éosine, d'autres, enfin, au carmin aluné. Ces divers procédés de coloration nous donnèrent des résultats fort peu satisfaisants ; surtout en ce qui concernait les colorations au picro-carmin et à l'hématoxyline et éosine ; nous ignorons pour quelles raisons, mais nous supposons que cela tenait à ce que nos pièces étant seulement recueillies 24 heures après la mort, les tissus avaient le temps de s'imprégner de bile qui gênait l'action du colorant.

Quoi qu'il en soit, nos préparations au carmin aluné nous indiquèrent la présence de fibres muculaires en quantité notable, surtout dans la vésicule biliaire. C'est alors que sur l'avis, et avec l'aide de notre ami Bouin, nous résolûmes d'employer d'autres procédés plus nouveaux espérant, avec raison, en obtenir des résultats plus complets.

Voici les deux méthodes que nous avons employées :

MÉTHODE DE LAWDOWSKY

Les pièces sont fixées et durcies dans le liquide de Lawdowsky, dont voici la composition :

Acide acétique cristal.....	1	gramme.
Formol.....	50	—
Alcool à 95°.....	150	—
Eau.....	300	—

Les pièces sont ensuite passées à l'alcool absolu, pénétrées par l'essence de bergamotte et incluses dans la paraffine.

Puis elles sont colorées par l'hématoxyline Delafield et l'orange, ou par la glycérine hématoxyloésique, de Renauld ; ensuite elles sont traitées par le nouveau procédé de Benda ; elles sont placées pendant 24 heures dans la solution suivante :

Safranine	1	gramme.
Alcool	10	—
Eau anilinée	90	—

Puis lavées pendant une demi-minute environ dans une solution de vert-lumière (Lichtgrün), ou de violet acide (Säureviolet), à 0^{gr},25/100 d'alcool, on les passe ensuite dans l'alcool absolu le xylol, et on monte au baume.

La deuxième méthode que nous avons employée est la méthode de Flemming, cette méthode a l'avantage de montrer la dégénérescence graisseuse des cellules quand elle existe.

MÉTHODE DE FLEMMING

Les pièces sont fixées et durcies dans le liquide de Flemming dont voici la composition :

Acide chromique à 1/100	14	parties.
Acide osmique à 2/100	4	—
Acide acétique cristal	1	—

Les pièces sont ensuite lavées à l'eau courante, déshydratées par le passage dans les alcools progressivement renforcés, puis pénétrées par l'essence de bergamotte, et incluses dans la paraffine.

Les coupes ont été ensuite colorées par le procédé de Flemming.

Elles sont restées 24 heures dans la safranine anilinée. L'excès de safranine a été enlevé par un lavage rapide dans l'alcool acidulé faiblement par l'acide chlorhydrique. Puis les coupes ont été placées deux ou trois heures dans le violet de gentiane ou le bleu victoria. Les coupes sont ensuite placées quelques minutes dans une solution aqueuse d'orange G, lavées à l'alcool absolu qui enlève l'excès de violet, éclaircies dans l'essence de girofles, puis dans le xylol et montées au baume.

Les examens des voies biliaires que nous avons faits par ces divers procédés nous ont donné les résultats suivants :

Vésicule biliaire. — Elle montre assez nettement quatre couches de fibres musculaires lisses, dont deux longitudinales et deux transversales.

La couche la plus externe est longitudinale, la plus interne transversale. Les fibres musculaires ne présentent pas de traces de dégénérescence. Cependant dans la sous-muqueuse, il y a une tendance à la prolifération conjonctive. Cette sous-muqueuse est épaissie et envoie quelques tractus conjonctifs qui de distance en distance envahissent la couche de fibres musculaires transversale la plus intense.

De même dans la couche longitudinale la plus externe, il y a un léger bouleversement causé par l'envahissement du tissu conjonctif.

Canal cystique. — Ce canal contient fort peu de fibres lisses toute son épaisseur est composée de tissu scléreux, et, de distance en distance, on voit la coupe

de quelques rares faisceaux plus ou moins volumineux de fibres musculaires lisses à disposition plexiforme, ces faisceaux sont très irréguliers, les uns composés seulement de deux ou trois fibres musculaires, d'autres plus importants, la disposition de ces fibres n'a rien de régulier, elles sont de direction variable.

Canal hépatique. — Structure analogue à celle du canal cystique. Ce canal ne contient comme lui que quelques rares faisceaux musculaires dans son épaisseur.

Canal cholédoque. — On voit un épaissement très considérable de la tunique sous-muqueuse, en dehors de cette sous-muqueuse on trouve une couche très nette de fibres musculaires lisses, à disposition plexiforme. Ces fibres sont de distance en distance séparées et bouleversées par des tractus conjonctifs.

En résumé, on peut conclure que chez le vieillard la vésicule biliaire conserve une systématisation bien nette de ses fibres musculaires, le canal cholédoque est encore assez abondamment pourvu de fibres musculaires en disposition plexiforme, quant aux canaux cystique et hépatique, ils ne présentent plus que quelques rares faisceaux musculaires orientés dans tous les sens et séparés les uns des autres par du tissu scléreux.

Si nous comparons l'examen microscopique des voies biliaires de l'adulte à celui des voies biliaires du vieillard, nous voyons, qu'au point de vue qui nous intéresse, c'est-à dire au point de vue de leur constitution en fibres musculaires, elles ne diffèrent que parce que chez le vieillard une partie des fibres mus-

culaires de l'adulte ont été remplacées par du tissu scléreux. Nous avons vu signaler que chez le vieillard on trouvait le plus fréquemment de la dégénérescence des fibres musculaires lisses. La méthode de Flemming, s'il y avait eu de la dégénérescence de la fibre musculaire, nous aurait montré en noir les granulations de son protoplasma.

Nous avons en outre fait des dissociations et examiné ces fibres dissociées et colorées à l'acide osmique, mais nous n'avons vu de la dégénérescence que dans le protoplasma de quelques rares cellules et l'examen de fibres musculaires des voies biliaires de l'adulte nous a donné des résultats analogues.

D'où nous concluons que dans les voies biliaires du vieillard on ne trouve pas de dégénérescence sensible de la fibre musculaire, et que la couche musculaire des voies biliaires de ce dernier ne diffère de celle de l'adulte que parce qu'une partie des fibres musculaires y a été remplacée par du tissu scléreux, et ceci n'a rien qui doive nous étonner, car par le fait même de la vieillesse il y a tendance à la sclérose de tous les tissus.

CONCLUSIONS

Chez le vieillard :

1° La lithiasé biliaire peut rester latente cliniquement et n'être révélée que par l'autopsie ;

2° La symptomatologie peut être celle que l'on décrit habituellement chez l'adulte ; ou bien offrir des formes particulières avec manifestations thoraciques, abdominales, nerveuses, capables de faire méconnaître le véritable diagnostic ;

3° Dans les canaux biliaires du vieillard, l'examen histologique révèle la présence de fibres musculaires lisses. Ces cellules musculaires sont moins nombreuses que chez l'adulte, mais n'offrent pas de dégénérescence particulière.

BIBLIOGRAPHIE

- BEAU. — *Etudes sur l'appareil spléno-hépatique du vieillard.*
- BENDA. — *Verhandl. der physiol. Geselch. zu Berlin*, n^{os} 4 et 5, déc. 1891.
- BROUSSE. — *De l'Involution sénile*, Th. d'Ag., 1886.
- CHARCOT et BOUCHARD. — *Traité de médecine*, Paris, 1892.
- CHARCOT. — *Leçons cliniques sur les maladies des vieillards*, Paris, 1874.
- CHARCOT. — *Maladies du foie et des reins*, Paris, 1876.
- CORNIL. — *Mémoires de la Société de biologie*, 1865.
- CYR. — *Causes d'erreur dans le diagnostic de l'affection calculeuse du foie.* *Arch. gén. de méd.*, 1890, p. 165.
- CYR. — *Maladie du foie*, Paris, 1887.
- DEBOVE et ACHARD. — *Manuel de médecine*, Paris, 1895.
- DEMANGE (E.). — *Etude clinique et anatomo-pathologique sur la vieillesse*, Paris, 1886.
- DURAND-FARDEL. — *Traité clinique et pratique des maladies des vieillards*, Paris, 1854.
- FLEMMING (W.). — *Neue Beiträge zur Kenntniss der Zelle.* *Arch. für mik. Anat.*, Bd XXIX, 1887.
- GEIST. — *Klinik der Greisenkrankheiten.*
- GENDRIN. — *Influence de l'âge sur les maladies*, Th. Concours, Paris, 1840.
- GILLETTE. — Art.: *Vieillesse* (Supplément au *Dictionnaire des Dictionnaires*, Paris, 1851.
- GRISOLLE. — *Traité de la pneumonie.*

- HAUSHALTER. — *Recherches sur le cœur sénile*, Th. Nancy, 1886.
- LABADIE-LAGRAVE. — *Traité des maladies du foie*, Paris, 1892.
- MAS. — *Contribution à l'étude de la colique hépatique*, Th. Montpellier, 1891.
- MAGNIN. — *De quelques accidents de la lithiase biliaire*, Th. Paris, 1869.
- MOSSÉ. — *Accidents de la lithiase biliaire*, Th. d'Ag., 1880.
- PARISOT. — *Conférences cliniques inédites faites à l'hospice Saint-Julien*, 1893-1896.
- G. SÉE. — *La colique hépatique, physiologique, pathologique et son traitement. Médecine moderne*, 11 septembre 1890.
-

